**○青森県立保健大学　大学見学申込書**（受付番号　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 申込日 |  年 月 日（ ） |
| 学校名 | 学校　 |
| 御担当者連絡先等 | 所属 | 氏名 |
| 電話番号： |
| E-mail：※メールでご連絡いたしますので、確実に連絡が取れるメールアドレスをご記載ください。 |
| 〒 |
| 希望日時 | 日 | 令和 　年　 　月　　　日（　火　・　木　）※祝日、年末年始を除く火曜日・木曜日のみ※その他日程については、事前に相談ください。 |
| 部 | 希望する部に✔チェックを入れてください。□　午前の部　9:00～12:00　　　　□　午後の部　13:00～16:00 |
| 時間 | 選択した部の中で希望する開始時間、終了時間を記載ください。　 　：　　　～　　　　：　　　　（集合時間　　　：　　　）※所要時間30分～2時間程度までとなります（食堂を利用する時間は含みません）。 |
| 見学希望者 |  学年 名※申込10名以上での申し込みとなります。※申込時点で人数が不確定の場合、実施日の2週間前までに確定人数をご連絡いただきます。 |
| 希望する見学内容 | ①希望する内容に✔チェックを入れてください。□学部学科説明（15～30分）　　□施設見学（20～30分）　　　□入試説明（20分）□大学生との対談（15～30分）　□食堂利用（午前の部11:00～12:00、午後の部13:00～14:00）　※食堂利用する人数を記載ください（食堂利用者　　　　名）※食堂での購買は自己負担となります。※食堂が休業中（夏季・冬季休暇期間など）は食堂の利用はできません。□模擬講義（30～60分）※模擬講義を希望の場合は、以下の希望学科に✔チェックを入れてください。※大学見学での模擬講義は1学科となります。□看護学科　　□理学療法学科　　□社会福祉学科　　□栄養学科 |
| 交通手段 | □大型バス（　　　　台）　　　□小型バス（　　　　台）□自家用車（　　　　台）　　　□徒歩　　　　□現地集合※駐車場の確保がありますので、必ず記載してください。 |
| 備考 |  |

**○留意事項**

（１）申込は**実施を希望する日より２ヵ月前までとなります。**

（２）見学希望者**10名以上での申し込み**となります。

（３）委託された業者が申し込みする場合は、備考欄に会社名を明記してください。

（申込先）　青森県立保健大学　教務学生課

E-mail： gakubo@ms.auhw.ac.jp

TEL：　０１７-７６５-２１４４